

do della anestesia tattile e quello delle anestesie al dolore ed alla temperatura. Ora in parecchi casi di malattia del Morvan, viene precisamente indicata questa sproporzione: l'anestesia tattile è molto lieve, mentre sono molto rilevanti l'analgesia o la termo-anestesia. Per es., in una inferma del Morvan (oss. X) la sensibilità tattile è sì lievemente lesa da essere percepito lo strisciare di un cannello di penna; invece la termo-anestesia è tale da non essere per nulla sentita una temperatura di 70°. Ciò che da ultimo finisce di rovesciare la fragile barriera, che si è tentato d'innalzare tra la malattia del Morvan e la sirringomieli, è che la dissociazione dell'anestesia si è talvolta osservata nella malattia del Morvan come nella sirringomieli più tipica. Se ne fa menzione nelle osservazioni di A. Brocæ e H. Davyot. Si trova anche indicata all'inizio in alcuni infermi del Morvan (oss. I, e XIX). Vi è anche in parecchi casi, di cui uno con autopsia, diagnosticati per sirringomieli dal Roth e dallo Czerny e che l'Oger ha collegati a quest'ultima malattia, tanto era difficile trovare una ragione plausibile per distrarli.

Insomma, per poco che si continui nei particolari l'analisi delle osservazioni, si vede quanto svaniscono i limiti troppo artificialmente tracciati tra questi due tipi clinici e come sia facile passare dall'uno all'altro con transizioni per così dire insensibili. Ciascuno dei segni dati come distintivi non ha che un valore relativo; tutta la differenza si riduce ad una questione di frequenza, vale a dire che si può conservare in clinica un tipo del Morvan, ma non già che una lesione sirringomieliica sia incapace di produrre questa sindrome sintomatica.

Se la clinica è impotente a separare formalmente il tipo del Morvan dalla sirringomieli, lo studio delle lesioni fornisce almeno qualche carattere che permetta di farne due entità nosologiche autonome? Il numero dei casi è qui ristrettissimo. Le prime ricerche anatomiche eseguite dal Gombault in un caso di parencico analgesico osservato dal Monod e dal Reboul (1) si riferiscono solamente a dita amputate.

(Continua)

LAVORI E LEZIONI ORIGINALI

LABORATORIO PATOLOGICO DELL'OSPEDALE INCURABILI DI NAPOLI, diretto dal prof. ANASTASI.—Su di un nuovo metodo di innesto chirurgico glandolare.— Dott. EMBERTO AZEVOLO.

I. Uno degli argomenti che più destano l'interesse degli studiosi è senza dubbio quello relativo alla questione degli innesti chirurgici, o trapiantamenti di tessuti, su di una superficie granulante, poco adatta alla spontanea riparazione cicatriziale. L'interesse è legato non soltanto a ragioni pratiche, ma altresì a ragioni teoriche. Dal Réverdin in poi, la letteratura offre larga serie di produzioni; ma, ad onta di numerosi sforzi, non ostante 25 anni circa di ricerche, molti problemi, risolti dalla pratica,

rimasero in una completa oscurità, dal lato puramente scientifico. La dimostrazione, insomma, della possibilità di riparare artificialmente al dificiente processo di naturale riparazione, fu compito meritevole di ogni considerazione; ma dimostrare le leggi biologiche dei fatti, il perché intimo del fenomeno, in tutte le sue modalità, richiese tentativi incessanti, i quali nondimeno furono lungi dall'acquiescere alla scienza nozioni ben fondate.

Il tentativo del Réverdin trovò l'accoglienza più interessata presso la classe medica; egli aveva gettato un quesito alla chirurgia ed all'istologia, non senza un corredo di personali ricerche, le quali sono rimaste nel loro giusto valore. Dopo di lui, dappertutto sursero nuove produzioni, che la brevità della mia tesi mi impedisce di ricordare paratamente. Ma all'argomento resteranno a lungo legati nomi illustri, quali Amabile, Thiersch, Czerny; e di eletti ricercatori, quali Jacenske, Lindenberg, Wilson, Page, Machod, Prescott-Hewett, Leopold, Hamilton, Wolfier, Maas, Zahn e molti altri. — Io voglio però soltanto ricordare, che nell'ultimo decennio la questione del trapiantamento è stata a preferenza studiata sopra un materiale zooplastico. Così Allen (*Lancet*, nov. 1884) pel primo, ha sperimentato gli innesti di pelle di rana; Petersen (*Wrathe*, 1885) ha ripetuto con successo codesto trapiantamento, tagliando piccoli pezzi di cute, qui disinfettava in soluzione borica; il Parker e più tardi lo Smith (*Med. News* 1885 e *Journ. of Amer. Med. Assoc.* 1896) ripigliarono la precedente pratica dell'innesto di pelle di coniglio e della congiuntiva. Nel 1887 si trovano nuove contribuzioni allo innesto di pelle di rana, per opera di Vincent (*Lyon Med.*); Dubouquet, Barataux (*Progrès med.*) e Grange (*Union med.*) nonché Estor (*Montpellier Med.*)

In Italia, il Secondo (*Giorn. R. Accad. di Med.* di Torino 1887) ha pubblicato altre osservazioni, favorevoli all'uso di pelle di rana. Nello stesso anno il Kiria (*Arch. Roum. Med. Chir.* 1887) ha reso noto il risultato favorevole dell'innesto di pezzetti di grande epiploon di agnello. Nel 1888 il Wolfier (*Centr. f. Chir.*) ha ripreso la pratica dello Czerny, usando largamente innesti di mucose umane od animali, con buon successo. Seguono poi le ricerche di Réard (*Soc. de Biolog.* 1888) e quelle di Orsel (*Lyon. Medical* 1888), dalle quali è attribuito un grande valore alla pelle di pollo, perché morbida, vascolarizzata, facile all'adesione. Finalmente nel corrente anno, sono apparse interessanti ricerche di Diatschenko (*Cent. f. d. med. Wissurs.* Sett. 1890) su gli innesti di mucose.

Absolutamente da parte, si trovano le osservazioni sull'applicazione di spugne asettiche, introdotte nella pratica da Hamilton; e dopo di lui mostrarono una pertinacia, degna più di considerazione anziché di imitazione, i chirurghi: Franks ed Abraham, Thompson, Norman, Porrite d'Ambrosio. Adunque, negli

ultimi anni, gli studi sulla trapiantazione hanno riguardato specialmente un materiale zooplastico: e devo far rilevare, a vantaggio della mia tesi, che si trattò sempre di trapiantare tessuti cutanei.

A chi osserva sinteticamente la questione, accade di rilevare che, allo scopo unico di favorire la cicatrizzazione, si adoperò svariato materiale. Così ai frammenti dermo-epidermici succedettero gli innesti di semplice epitelo (S & e); e dal materiale umano si passò a quello animale, mammiferi, uccelli, batraci, ecc. Ma, *mutatis mutandis*, la chirurgia si avvalse, a quel che io so, sempre di un tessuto epitelo di rivestimento o protezione, sostituendolo a quello mancante. L'indirizzo differente dato dall'Hamilton con l'introduzione anzidetta di spugne asettiche, da applicare sulle piaghe; le differenze grandi del materiale, e i risultati finali, pur conformi allo scopo, — mentre dal lato pratico rendevano forse più semplice il trattamento chirurgico, dal lato teorico rendevano più ardua la spiegazione del meccanismo biologico riparatore. Di quei rari tentativi di innestare sulle piaghe le membrane sierose, mi sembra superfluo occuparsi, perché, o io m'inganno, o essi non s'informano ad alcun principio embriogenico razionale e non possono sottrarsi alla demolizione di una critica accurata.

II. Nell'occuparmi, da alcuni anni, ad apprendere quel che spetta alla tecnica degli innesti, alla loro fisiologia, io ho potuto seguire dappertutto la pratica dei differenti metodi; e mi parve di poter rilevare che una delle ragioni, se non la precipua, dei facili insuccessi sia da attribuirsi alla scelta di materiale, non sempre guidata dall'unico criterio scientifico meritevole di valore, cioè quello embriogenico. Tale concetto mi fu convalidato dall'esperimento ch'io venni progressivamente facendo, a preferenza nella clinica del mio maestro prof. De Giacomo. Gli innesti eseguiti alla maniera di Réverdin, Amabile, Thiersch e successive modifiche, serbano il loro grande valore, malgrado i nuovi tentativi di innesti zooplastici. Ma chi ne ha pratica, conosce come essi non siano scompagnati da difficoltà rilevanti.

D'altra parte a me sembrò, osservando parecchi casi di trapiantamenti con pelle di rana, coniglio, pollo ecc., che esse avessero un valore molto discutibile, e forse quasi sempre dubbio, se pur non si voglia loro attribuire un influsso affatto meccanico. La applicazione di pezzetti di spugna secondo l'Hamilton, chiamata da altri con l'erronea denominazione di *trapiantamento*, benché riesca talvolta a far conseguire la guarigione, può offrire molto campo alla critica, e, a parer mio, non ha nulla di scientifico; e soltanto da chi considera i fatti con poca larghezza di vedute, può essere elevata a metodo; nel suo significato vero, essa è né più né meno che una medicazione antisettica, non un innesto, e molto meno un trapiantamento.

La scelta del materiale opportuno non può esser fatta prescindendo dalla serie di processi sottili, che ci hanno appreso nu-

marosi studi, sulla riparazione flogistica o sulla riproduzione epiteliale. Ogni incertezza, ogni procedimento a tentoni, è dipeso dalla difficoltà di stabilire, con dimostrazione sicura, quanta parte avesse in tali esperimenti la qualità del materiale trapiantato; quanta il terreno su cui vien fatto l'innesto; quanta tutto l'insieme di cure prodigate nel trattamento della superficie da cicatrizzare; finalmente sarà dipeso, anche, dalla trascuranza delle leggi, che regolano la rigenerazione dei tessuti.

La difficoltà sono indubbiamente gravi: colpire i vari momenti delle trasformazioni cellulari; stabilirne la provenienza; determinare in che consista la cosiddetta influenza catabolica, e quella soltanto fisica, sono questi non dappoco. La questione fu dibattuta quasi sempre sotto duplice aspetto; e si discusse forse fin troppo, allo scopo di determinare se si tratti di cicatrizzazione proveniente da sviluppo cellulare, del pezzo innestato; oppure da una riattivazione della produzione epiteliale marginale, sotto l'influsso del materiale trapiantato. Malgrado però la notevole difficoltà di osservarli, capaci di fornire criteri, dai quali risulti chiara la vera genesi epiteliale, vi sono tra l'altro, conoscenze precise, le quali dal Iteverdin in poi, hanno deposto in favore dell'allargamento e della progressiva espansione dell'isola innestata, fatti osservati da Clark; e vi sono inoltre le classiche esperienze di Pollok e Bryant, i quali dimostrano che piccole isole della pelle di negro, innestate su la piaga di un bianco, vi si estendono fino a divenire, dopo 10 settimane, di un'estensione venti volte maggiore della primitiva.

In seguito riuscì di osservare altrettanto a Troup Maxwell (*Phylog. Med. Times* 1873) mettendosi in condizioni inverse delle precedenti; e poi al Maurel (*Gaz. Méd. de Paris* 1878) adoperando pelle di differenti razze umane. Che poi si sia rilevato dai vari autori una modificazione di colorito dell'isola cutanea, in modo che essa perda i suoi primitivi caratteri, è questo un fatto di altro valore, il quale mostra semplicemente le modificazioni nutritive necessarie, e di adattamento del pezzo trapiantato, alla vita del nuovo terreno d'impianto. Codeste osservazioni dunque, pongono già fuori dubbio che il pezzo innestato abbia vita e sviluppo autonomo. Riguardo all'altra questione, circa l'influsso esercitato sulla produzione marginale dell'epitelio, non solo esso è un fatto assodato, ma già a priori bisogna ammetterlo, come un influsso affatto fisiologico. L'azione di presenza, altrimenti detta catabolica, ha a parer mio un significato molto meno vago, di quel che a prima giunta possa sembrare; nulla deve esservi di mistico, dopo che, disseminando tutto quel che accade nel campo esteso della biologia fisiologica e patologica, dalla fissazione della cellula ovarica, a quella cancerigena, riesce di riscontrare esempi numerosi di innesti spontanei, in cui, sotto l'influsso dell'elemento innestato, il terreno che lo accoglie subisce a sua volta delle modificazioni chimiche e morfologiche, così da ren-

dere più conforme al risultato di vita o nutrizione.

Così come nel mondo vegetale esiste un rapporto intimissimo tra terreno e pianta, di talché la vita dell'una importa modificazioni chimiche nell'altro, dal pari nel mondo animale, bisogna concepire che tutta la serie di trasformazioni avvenutisi in questo ordine di ricerche, debba avere un fondamento chimico complesso, il cui risultato ultimo rappresenti una somma di adattamenti fisiologici. Non è possibile concepire che la produzione di tessuto epiteliale sia indipendente dalla elaborazione chimica di un materiale, la cui costituzione ci è in gran parte ignota, ma che rappresenta, senza dubbio, uno stadio singolare nelle trasformazioni della materia, senza del quale non esisterebbe quel carattere morfologico e funzionale, che è proprio del tessuto in parola. Nulla dunque può concepirsi nella morfologia, che non abbia un fondamento iniziale nell'immensa serie di processi chimici dell'organismo. È quindi molto probabile, che quando anche un pezzo innestato, per ragioni oscure non abbia vita autonoma, non s'ingrandisca, — diventi nullamente centro di elaborazione chimica di un materiale nutritivo, che renda capace di nuova produzione il tessuto epiteliale marginale, o predisponga il terreno granulante alla produzione di elementi, dotati di potere cicatrizzante sicuro.

Dalla verità di codesto promesso, si ricava la seguente deduzione: cioè che gli effetti debbano essere tanto più spiccati, quanto più elevato sia il potere biologico del tessuto di cellula trapiantato sulla piaga. Questo concetto mi fu di guida alla ipotesi che l'insieme di tutti i fattori meglio rispondenti alla qualità richiesta, si dovesse trovare nell'innesto del vario glandolo; appartenenti alle ommozioni del foglietto epiblastico, lo quali insieme con un potere embrionale più energico rispetto all'epitelio malpighiano, verrebbero con esso dello affinità biologica, legata alla comunanza di origine. Sperimenti quindi gli innesti di testicolo, mammelle e glandole salivari, e i risultati furono tali da superare perfino la mia aspettativa.

(Continua)

RIVISTA DELLE CLINICHE E DEGLI ISTITUTI SCIENTIFICI

CLINICA CHIRURGICA DELL'OSPIZIO DELLA
SALPÊTRIÈRE DI PARIGI. (Dot. TERROUX).

— Cura chirurgica delle peritonite tubercolari.

Imprendiamo a studiare oggi una malattia, che, per lungo tempo, è stata sotto il dominio della medicina, ma che oggi rientra sempre più nel campo della chirurgia. Intendo parlare della peritonite tubercolare, di cui abbiamo un esempio classico, nel nostro reparto.

Spesse volte avete visto nella sala Lallemand una giovanetta di 16 anni, pallida, deunita, che presenta una deformazione speciale della regione addominale. Il ventre è globoso, come quello di una donna, colpita da ciste del-
l'ovaia.

Allorché si fa la palpazione, si tocca una massa rotonda, che riempie, quasi per intero, la cavità addominale. La superficie di questa massa non è liscia, come quella della ciste, ma granulosa ed irregolare. Se si procede alla percussione, si rimane meravigliati nel trovare, da per tutto, una risonanza completa. Cosicché nonervi che un tumore apparente.

L'espando di nuovo l'addome, per esaminarlo meglio, potremo trovare due sagli nuovi, che ci metteranno sulla via della diagnosi: dapprima una sensazione di sfregamento, che si percepisce deprimendo dolcemente le parti laterali del ventre; secondariamente lievi rumori di gorgoglio descritti sotto il nome di *grida intestinali*.

In presenza di questi fenomeni, per fare una diagnosi precisa, abbiamo sottoposto l'inferma all'anestesia cloroforica. Ottenuta la risoluzione muscolare, abbiamo riscontrato che la parete addominale era già rilasciata. L'apparenza di tumore addominale non è così chiara, ma si toccano piccole granulazioni dure, disseminate alla superficie dell'intestino. Nel fianco sinistro, e soprattutto in quello destro, si trovano due o tre massi del volume di una piccola arancia. Lo sfregamento peritoneale si riscontra quasi su tutta la superficie addominale. Abbiamo anche eseguito il riscontro rettale, che non ci ha fornito alcun segno importante.

Anche in questo caso ci troviamo in presenza di una lesione del peritoneo, che ha provocata una contrattura secondaria dei muscoli della parete addominale anteriore; contrattura che menziona un tumore. Del resto, il fatto non è nuovo: ho potuto mostrarvi, tempo addietro, alcune donne isteriche, che erano state a me dirette con diagnosi di ciste ovarica, e che, in verità, non avevano che la contrattura dell'addome con timpanismo.

Intanto, fra questi sintomi addominali dell'isterismo, simulante un tumore, ed il caso attuale esiste una grandissima differenza. Nelle isteriche l'apparenza del tumore scompare completamente sotto l'influenza del sonno anestetico; qui, per contrario, il ventre presenta sotto le pareti alcune parti dure, resistenti, superficiali, in rapporto all'intestino; questo indica una lesione del peritoneo.

La nostra inferma, adunque, presenta peritonite tubercolare: la storia clinica depone in favore di questa diagnosi.

L'inferma è stata sempre malaticcia. Tre anni addietro ebbe sofferenze nell'addome con vomiti e diarrea. La sua malattia, probabilmente, rimonta a quest'epoca. In seguito stette bene, ma nel gennaio ultimo gli stessi disturbi ricomparvero, con maggiore intensità, nell'epoca della mestruazione.

Posteriormente l'inferma ha sofferto dolori addominali; vomiti frequenti, durati per alcuni giorni, l'ha esaurita. Infine, la paziente ha avuto alterative di stitichezza e di diarrea. Da un mese è costretta a stare a letto.

Dianzi a questi disturbi funzionali, ogni dubbio si dileguò: si tratta di una peritonite tubercolare, sopraggiunta, senza causa apprezzabile, in una giovanetta; fatto molto frequente.

Ci corre l'obbligo di discutere la cura della malattia; ma prima di questa, voglio descrivervi, in poche parole, le lesioni della peritonite tubercolare, il suo decorso e le complicanze.

Non insisterò sull'anatomia patologica di questa malattia; vi ricorderò le note essenziali dal punto di vista chirurgico.

Voi sapete che, allorché uno si occupa dell'autopsia o durante una laparotomia, il peritoneo tubercolare, le lesioni si mostrano sotto due aspetti diversi.

Nel primo caso la sierosa parietale, come quella